

Article

« Les défis du virage ambulatoire dans les services de santé mentale à Montréal »

Paul Beaudry

Santé mentale au Québec, vol. 21, n° 1, 1996, p. 67-77.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032378ar>

DOI: 10.7202/032378ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Les défis du virage ambulatoire dans les services de santé mentale à Montréal

Paul Beaudry*

Le virage ambulatoire peut être défini comme le développement de nouvelles techniques d'intervention et de divers programmes de soins mis en place au sein même de la communauté, et permettant la résolution rapide et efficace de problèmes de santé physiques ou psychologiques de façon à éviter des hospitalisations ou d'en limiter la durée. Implicitement, ce virage permet la fermeture de lits dans les hôpitaux.

Le virage ambulatoire n'est pas nouveau en psychiatrie. Depuis 30 ans, le phénomène de la désinstitutionnalisation s'est fondé sur des principes similaires. La découverte de certains médicaments (dont les antipsychotiques) permettant de mieux contrôler les symptômes de troubles sévères qui nécessitaient auparavant des hospitalisations prolongées, ainsi que l'apparition de services tournés vers la communauté ont grandement contribué à la fermeture de lits dans les grandes institutions psychiatriques. L'analyse de ce mouvement de désinstitutionnalisation au Québec nous permet cependant de tirer trois conclusions importantes (Doré, 1987).

Premièrement, une grande partie des services ayant passé des centres hospitaliers psychiatriques aux départements de psychiatrie des hôpitaux généraux (soins de courte durée), le nombre des départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux a doublé depuis 1962. Deuxièmement, cette décentralisation ne s'est toutefois pas accompagnée de la création de services de support adéquats afin d'aider les personnes ainsi désinstitutionnalisées à vivre dans la communauté et à s'intégrer socialement. Troisièmement, les équipes multidisciplinaires des cliniques externes et des ressources communautaires n'ont pas développé de mécanismes assurant une bonne continuité de soins.

* L'auteur est médecin au département de psychiatrie de l'Institut Allan Memorial de l'Hôpital Royal Victoria de Montréal, au Québec. Il remercie Mme. Claire Fortin pour ses observations et ses suggestions apportées lors de la révision du texte.

Qu'en est-il maintenant de ce deuxième virage qui nous est proposé dans les services de santé mentale? Plusieurs facteurs contribuent plus ou moins directement à influencer la façon dont on définit les services de santé en général et les services reliés au virage ambulatoire en particulier. La réforme de la santé et des services sociaux du Québec (Loi sur les services de santé et des services sociaux, 1991, ch. 42), la politique de santé mentale du Québec, le Plan régional d'organisation des Services en Santé mentale de Montréal (PROS), des compressions budgétaires importantes, le développement de nouvelles technologies, la remédicalisation de la psychiatrie, la déprofessionnalisation de certains services, l'apparition d'un corporatisme plus étroit et rigide et finalement la clientèle visée par la fermeture de lits sont autant de facteurs dont il importe d'examiner l'influence.

La réforme de la santé et des services sociaux

La réforme instaurée en 1991 par la Loi sur les services de santé et les services sociaux met l'accent sur une approche de santé publique où la priorité est donnée à la santé de la communauté et de l'individu qui y vit. Cette politique propose une conception globale de la santé. La souffrance humaine est abordée dans son ensemble, qu'elle soit d'origine physique, psychologique ou sociale. Une distinction nette est alors faite entre un système axé sur la santé et un système de soins et de traitements traditionnellement relié à la médecine. L'administration du système se fait désormais en définissant des objectifs, des priorités d'action, des programmes et des normes dont les résultats sont évalués et contrôlés périodiquement dans une perspective socio-économique de la santé. Les priorités ne sont plus formulées selon des services offerts mais selon les objectifs à atteindre afin de réduire les problèmes existants. Dans ce contexte, une importante partie des ressources est accordée à la prévention des maladies et à la promotion de la santé de même qu'aux interventions de première ligne. Ceci devrait rendre plus accessibles les services de base et permettre le développement de solutions pour la communauté et dans la communauté. Une participation accrue des organismes communautaires tant à la coordination de l'utilisation des services qu'au processus décisionnel est prévue à cette fin.

La Politique de santé mentale

La *Politique de santé mentale* du Québec, bien qu'elle soit apparue deux ans avant la réforme de la santé et des services sociaux, proposait déjà une approche semblable à celle de la réforme, en identifiant les problèmes, en développant des objectifs et en définissant des

priorités d'action reliés à la santé mentale. Comme en d'autres pays industrialisés, plusieurs problèmes peuvent être identifiés. Les désordres mentaux augmentent dans la population, l'aide et le soutien aux gens souffrant de ces désordres sont insuffisants, l'accès aux services est encore trop limité et, finalement, l'implication et la coordination des partenaires œuvrant dans ces services à l'intérieur du système restent laconiques. L'objectif de la Politique est double. D'une part répondre adéquatement aux besoins spécifiques de l'individu et d'autre part améliorer le niveau de santé mentale de la population en général par une approche globale. Afin de réaliser ce double objectif, il est important de reconnaître la participation et le potentiel de l'individu, de la famille, des proches, de la communauté et des agents communautaires. Il est important aussi d'assurer un partenariat au niveau local, régional et central entre les institutions et les services communautaires. Il importe finalement que s'établisse une bonne coopération entre les secteurs de l'éducation, de la justice et de l'environnement.

Les principaux paramètres de la Politique peuvent être identifiés comme suit:

Assurer la primauté de la personne

Il importe de développer des ressources d'information et d'assurer la promotion, le respect et la protection des droits des individus. Il importe également d'assurer une continuité de soins en améliorant la coordination entre les services et en favorisant la participation de l'individu aux décisions le concernant.

Améliorer la qualité des services

Le développement de programmes de recherche orientés vers l'analyse des différents programmes sociaux, des conditions de vie, des habitudes et des comportements reliés à la santé mentale et au bien-être s'avère indispensable à l'amélioration constante de la qualité des services. L'augmentation du niveau de connaissance à travers des programmes d'éducation continue et de programmes de recherche fondamentale est au même effet.

Favoriser l'équité

Les services essentiels tels que l'information, la promotion, la prévention, les services de base, les traitements spécialisés, le support à la famille et la réadaptation-réintégration doivent être accessibles à tous et chacun. Des ressources à cet effet doivent être développées.

Trouver des solutions dans le milieu de vie de l'individu

La désinstitutionnalisation et le développement des ressources communautaires sont inefficaces sans la poursuite de solutions à

divers problèmes de santé mentale dans le milieu de vie de l'individu lui-même.

Consolider le partenariat

Enfin, la Politique encourage le partenariat en favorisant le développement d'une planification régionale et sous-régionale par la création de plans régionaux d'organisation des services de santé mentale et de tables de concertation sous-régionales. Ainsi, la région de Montréal a été divisée en sous-régions et chaque est représentée par une table de concertation où siègent 15 membres représentant les institutions, les organismes communautaires et les membres de la communauté.

Le Plan régional des Services en Santé mentale

Le Plan régional des Services en Santé mentale (PROS) de Montréal a été approuvé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux en juin 1991. Ce plan vise à intégrer à un niveau régional les politiques décrites dans la Politique en tenant compte des besoins et des problèmes principaux de la région. Il identifie clairement les problèmes majeurs, les objectifs et les priorités d'action pour chaque service disponible (information, prévention, promotion, services de base, interventions de crise, traitements spécialisés, support aux familles, réadaptation et réintégration sociale), selon les groupes d'âge (priorité accordée aux jeunes et aux gens âgés) et les problématiques particulières (itinérance, violence, pauvreté, déficit intellectuel, toxicomanie, immigration). À partir de l'analyse des problèmes majeurs des besoins de la région et des ressources disponibles, le PROS définit deux principaux enjeux: 1) développer des services de réadaptation et de réintégration sociale dans la communauté et 2) assurer la coordination et la concertation des partenaires engagés dans la distribution des services. On retrouve à ce chapitre deux des conclusions décrites par Mireille Doré dans son article portant sur la désinstitutionnalisation au Québec (Doré, 1987).

Le principe général qui se dégage de ces approches est celui d'une gestion des soins selon des objectifs prioritaires déterminés en fonction de populations cibles. Cette gestion met l'accent sur les interventions de première ligne, le plus près possible du milieu de vie des gens, en encourageant la réadaptation et la réintégration sociale. Bien que cette gestion soit fondée sur une stratégie logique et cohérente où la participation des partenaires impliquées à différents niveaux est fortement recherchée, il n'en demeure pas moins que dans un contexte où les enveloppes budgétaires sont fermées sinon réduites, il y a un danger que la gestion des services se fasse selon une philosophie de marché répon-

dant à une logique de productivité, de rentabilité sociale et de rapport coût/bénéfice. Dans cette perspective, les principes d'amélioration de la qualité des services, d'équité et d'accessibilité retenus dans la Politique deviennent des notions très relatives, déterminées en grande partie par les ressources disponibles. On risque de voir une normalisation à la baisse des services, les plus dépourvus s'améliorant aux dépens des mieux organisés, créant ainsi un nouvel équilibre pour l'ensemble de la région. La notion de partenariat qui vise des solutions sans frictions en annulant par définition les adversités et les contradictions risque alors d'échouer, chaque groupe d'intervenants exerçant des pressions pour assurer sa propre existence et son autonomie.

Les compressions budgétaires

Le virage ambulatoire annonce la réduction du nombre des hospitalisations ou de la durée de séjour dans les hôpitaux. Pour les gestionnaires, cela devrait permettre de réduire le coût d'un système devenu trop onéreux. Dans un contexte où les ressources financières sont limitées, toute transformation du réseau se fera à partir de réallocation des ressources financières, humaines et matérielles des établissements (les hôpitaux principalement) vers la première ligne. La fermeture de certains hôpitaux de même que d'un certain nombre de lits de soins psychiatriques dans les hôpitaux de soins de courte durée permettrait de générer des économies qui pourraient être utilisées pour développer des ressources adéquates dans la communauté et favoriser l'intégration et la réadaptation sociale de certaines populations cibles occupant présentement ces lits. Les compressions budgétaires importantes annoncées risquent par ailleurs de se faire à même ces montants d'argent supposément réaffectés aux services de base et communautaires. Le virage ambulatoire ne serait alors qu'une illusion, une sorte de «dumping» vers la communauté, bref, un phénomène semblable à celui de la désinstitutionnalisation des années 60.

Le développement de nouvelles technologies

Le développement de nouvelles technologies qui permettent une résolution plus rapide des problèmes de santé physiques et mentaux et par conséquent réduisent le nombre des hospitalisations ou la durée de séjour à l'hôpital est un facteur important qui favorise le virage ambulatoire.

Contrairement à la santé physique où le «biologique» domine, la santé mentale repose sur l'intégration de trois axes tout aussi déterminant les uns que les autres: le biologique, le psychologique et le social.

Ces trente dernières années, les neurosciences ont grandement contribué à faire avancer notre compréhension des paramètres biologiques reliés aux désordres mentaux et ont permis le développement de traitements psychopharmacologiques plus spécifiques. On ne peut, cependant, parler de découvertes fondamentales majeures mais seulement de progrès nous permettant d'identifier les voies à suivre. Malgré cette amélioration des traitements psychopharmacologiques, aucun d'eux n'a eu le même impact que la découverte des antipsychotiques qui a permis la désinstitutionnalisation des années 60.

Nul doute, par ailleurs, que le développement de modèles d'intervention de crise permettant de référer certaines personnes à un centre de crise plutôt que de les hospitaliser a un impact important sur l'utilisation des services hospitaliers. Le même phénomène s'observe avec la création d'hôpitaux de jour et de cliniques d'intervention de crise permettant une prise en charge rapide dans les cliniques externes. Ces approches s'adressent cependant à une clientèle dont le fonctionnement est perturbé de façon temporaire à cause de facteurs externes bien définis ou dont l'intensité de la réaction ne justifie pas une hospitalisation. La création et le maintien de ces services de même que leur capacité de répondre aux demandes nécessitent toutefois un investissement financier soutenu.

La désinstitutionnalisation des années 60 a eu pour effet qu'une certaine population de gens souffrant de troubles sévères et persistants nécessitant une hospitalisation prolongée s'est retrouvée, faute de ressources adéquates dans la communauté, à occuper pour de longue période des lits d'hôpitaux de soins de courte durée. Plusieurs études ont démontré qu'il serait possible de libérer ces lits si les ressources appropriées à cette clientèle étaient créées. On peut penser à des places supervisées dans la communauté ainsi qu'à des services de suivi intensif et de relance active (Burns et Santos, 1995). Une telle création implique un investissement financier qui devrait se faire à même les sommes «réallouées» et tout porte à croire que ces nouveaux services coûteraient aussi cher que les soins en institution si on désire préserver une certaine qualité de vie des malades (Lamb, 1993; Hoffman, 1995).

On pourrait s'attendre à voir le progrès des technologies de communication permettre une meilleure coordination entre intervenants en facilitant l'accès rapide à certaines informations. Outre le problème de confidentialité que posent ces nouvelles technologies, elles ont parfois tendance à créer un effet contraire à celui qu'on recherche. Quiconque s'est buté au phénomène des boîtes vocales en réalisera rapidement les limites.

En résumé, contrairement à la santé physique où de nouvelles techniques chirurgicales réduisent sensiblement la durée de séjour dans les hôpitaux, on ne retrouve pas de développements semblables en santé mentale. La création et le maintien de services — grâce à des programmes adaptés aux besoins spécifiques de cette clientèle — qui permettraient de réduire le nombre et la durée des hospitalisations ne se fera qu'à partir d'investissements financiers importants.

Remédicalisation de la psychiatrie, déprofessionnalisation de certains services et apparition d'un corporatisme plus étroit et rigide

On assiste, dans le domaine de la santé mentale à l'émergence de courants contradictoires qui auront, curieusement, de fortes chances d'influencer la facilité avec laquelle les différents intervenants pourront travailler ensemble.

En effet, la remédicalisation de la psychiatrie est un phénomène à la fois clinique, pratique et politique. Les développements récents en psychiatrie biologique, l'avancement des neurosciences, la découverte du rôle de la génétique comme facteur prédisposant à certains désordres mentaux, la création de systèmes de référence pour des diagnostics plus précis, ainsi que le rôle indéniable des traitements psychopharmacologiques sont tous des facteurs qui contribuent à consolider la place de la psychiatrie comme spécialité médicale. Il est important de noter à ce sujet que l'intégration des services psychiatriques aux hôpitaux généraux dans les années 60 a permis de corriger une discrimination qui existait auparavant entre maladies mentales et physiques quant à l'organisation et à l'accessibilité de traitements médicaux adéquats.

Toutefois et parallèlement au développement de ce modèle « biomédical » des désordres mentaux, et parfois même en opposition à cette « hégémonie médicale », un autre mouvement dit des thérapies alternatives a déjà fait son apparition. Ce mouvement est en partie relié à la crise de confiance observée actuellement à l'égard des différentes institutions sociales et des corps professionnels. Ceci s'applique en particulier au domaine de la santé mentale où il est plus facile de remettre en question les connaissances et la compétence des professionnels face à des problèmes qui sont trop souvent, par effort de simplification, regroupés dans la catégorie des « difficultés à vivre ». Ce mouvement de déprofessionnalisation repose sur des connaissances acquises à partir d'expériences vécues et de simples règles de l'art, d'où émerge alors une vulgarisation de l'expertise à partir de laquelle n'importe qui peut s'improviser « intervenant ». L'idée que des services déprofessionnalisés

coûtent moins cher encourage indirectement l'implantation de ce mouvement. Le partenariat, bien que primé dans la loi, n'efface pas pour autant les tensions inévitables entre l'approche «biomédicale» et l'approche dite alternative.

Entre ces extrêmes, on retrouve bon nombre de professionnels (médecins-psychiatres, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc.), de travailleurs et d'organismes communautaires, ainsi que diverses associations d'aide à la famille, aux parents et aux gens souffrant de désordres mentaux qui tous essaient, dans leur pratique quotidienne, d'aborder les troubles en y intégrant tant les composantes biologiques et psychologiques que sociales. Cependant, les compressions budgétaires et les suppressions de postes ont contribué, d'une certaine manière, à l'apparition d'un corporatisme plus étroit, plus rigide et défensif, créant ainsi une atmosphère de tension entre les administrateurs, les différents corps professionnels, les syndicats et les organismes communautaires. Chaque groupe d'intérêts, voulant justifier et consolider sa propre position dans le réseau, réclame sa part de la réallocation des ressources (Boudreau, 1991). Les notions de partenariat, de concertation et de coordination des ressources demandent, dans ce contexte, des efforts quasi diplomatiques de la part de tous les intéressés afin d'assurer une qualité professionnelle dans la continuité des soins.

La clientèle visée par la fermeture de lits

Bien que le virage ambulatoire en psychiatrie vise essentiellement les services spécialisés offerts en externe, une bonne partie de son financement viendra de l'argent économisé par la fermeture de lits dans les hôpitaux de soins de courte durée. Or comme le fait remarquer Doré (1987), une grande partie des services sont passés, depuis la désinstitutionnalisation, des centres hospitaliers psychiatriques aux départements de psychiatrie des hôpitaux de soins de courte durée. Ces hôpitaux sont donc souvent devenus des centres d'hébergement de longue durée pour certaines personnes en perte d'autonomie souffrant de désordres mentaux sévères et persistants, étant donné l'absence de ressources adéquates d'hébergement dans la communauté. Le virage ambulatoire et la fermeture de lits devraient permettre aux hôpitaux de soins de courte durée de reprendre leur vocation de soins spécialisés de courte durée.

Qu'advient-il alors des gens n'ayant pas l'autonomie nécessaire pour vivre en appartement ou en famille d'accueil ordinaire? Il est à prévoir que sans les ressources nécessaires et adéquates pour les héberger, ces gens risquent de se retrouver dans la rue, comme bon nom-

bre de sans-abri souffrant de désordres mentaux chroniques, ou encore ils seront réadmis à répétition dans des lits de soins de courte durée, paralysant ainsi tout ce système de soins. On peut craindre avec réalisme que certains d'entre eux commettront des délits quelconques. Des études ont démontré que la fermeture de lits psychiatriques sans la création de ressources communautaires adéquates offrant des traitements suivis et efficaces aux gens souffrant de troubles sévères et persistants entraîne une augmentation directe de la criminalité, de l'usage de drogues, du suicide et des rechutes, sans compter la diminution de leur qualité de vie et la pression accrue sur leurs familles (Dencker et Dencker, 1994). On croit réduire les coûts en fermant des lits mais on risque davantage de faire un simple déplacement, voir d'engendrer de nouveaux fardeaux financiers aux familles, à l'environnement et au système judiciaire.

Toute une génération de jeunes souffrant de désordres mentaux sévères et persistants a grandi depuis la désinstitutionnalisation des années 60 (Burns et Santos, 1995). Ces jeunes ont parfois des diagnostics mixtes avec abus de drogues et d'alcool. Ils acceptent mal leur maladie, refusent souvent les traitements et certains se retrouvent réhospitalisés contre leur gré. Où iront-ils dans un système de soins avec moins de lits pour les héberger?

Ajoutons que les hôpitaux de soins de courte durée sont forcés par la Cour à garder pour observation certains patients psychiatriques aux prises avec la justice et potentiellement dangereux. Ces patients étaient, auparavant, référés à un institut de psychiatrie légale. Dans un contexte de fermetures de lits, les hôpitaux de soins de courte durée se retrouveront de plus en plus «à l'étroit» pour accueillir tous ces gens pour qui le virage ambulatoire a très peu à offrir.

Conclusion

Cette brève analyse ne rend pas justice au travail et aux efforts entrepris à tous les niveaux du ministère de la santé et des services sociaux pour élaborer une politique de santé logique, cohérente et adaptée aux besoins actuels de la société québécoise. Le but de cet article était d'examiner une composante de cette politique, le virage ambulatoire, et d'identifier les différents facteurs qui en influencent positivement ou négativement la réalisation.

Le virage ambulatoire dans les services de santé en général et les services de santé mentale en particulier est inévitable. Deux courants agissent de concert pour en favoriser l'application: le développement de nouvelles technologies permettant de réduire ou d'éliminer les séjours

dans les hôpitaux; et le besoin de réduire les coûts d'un système devenu trop onéreux. On espère qu'en principe le développement de nouvelles techniques d'interventions permettra de réduire les coûts des services. C'est possible dans bien des cas mais il est difficile à ce moment-ci de mesurer l'ampleur exacte de ces réductions. Dans le contexte actuel, on a plutôt l'impression que la nécessité de réduire les dépenses dans le système de la santé force l'implantation du virage ambulatoire. C'est ici qu'il y a danger de dérapage.

Car c'est le principe même de l'universalité des soins de santé qui est remis en question lorsque la gestion de ces soins se fait en fonction de compressions budgétaires, de priorités d'action, de populations cibles, d'objectifs sociaux et de rentabilité.

De plus, cette gestion des soins selon une balance «qualité-prix» risque d'avoir une influence sur les types d'approche privilégiés en matière de traitement, parfois au détriment du choix du patient. Ainsi, en santé mentale, tout en reconnaissant son importance, il est fort probable que l'approche psychopharmacologique soit indirectement favorisée, étant donné qu'elle engendre moins de coûts comparée à l'approche psychothérapeutique, qui nécessite, elle, plus de temps, plus de persévérance et dont les résultats «existentiels» ne sont pas toujours mesurables.

En outre, le virage ambulatoire n'est possible que si on développe des services continus, intégrés et flexibles dans la communauté. C'est particulièrement vrai dans les services de santé mentale où le virage risque de laisser toute une clientèle souffrant de troubles mentaux sévères et persistants sans les services spécialisés d'hébergement, de suivi et de relance active lui permettant de vivre dans la communauté et de s'intégrer socialement.

De même, un des effets positifs de la désinstitutionnalisation avait été l'intégration des services psychiatriques aux hôpitaux généraux. Cela avait permis de corriger une discrimination importante entre maladies mentales et physiques quant à l'organisation et à l'accessibilité des traitements médicaux. Si le virage en santé mentale mettait trop d'insistance sur les approches communautaires aux dépens des approches médicales, on risquerait alors de recréer cette discrimination entre les maladies mentales et physiques.

Enfin, le virage ambulatoire amplifie l'importance du partenariat, de la concertation et de la coordination pour assurer la continuité de soins. Les compressions budgétaires créent de nouveaux enjeux affectant chaque groupe d'intervenants impliqués. Il importe alors, afin de soutenir le partenariat, de bien comprendre ces enjeux et les tensions inévitables qu'ils engendreront.

RÉFÉRENCES

- BOUDREAU, F., 1991, Partnership as a new strategy in mental health policy: The case of Québec, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16, 2, 307-329.
- BURNS, B. J., SANTOS, A.B., 1995, Assertive Community Treatment: An update of randomized trials, *Psychiatric Services*, 46, 7, 669-675.
- DENCKER, S. J., DENCKER, K., 1994, Does community care reduce the need for psychiatric beds for schizophrenic patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 382, 74-79.
- DORÉ, M., 1987, La désinstitutionnalisation au Québec, *Santé Mentale au Québec*, XII, 2, 145.
- HOFFMAN, B. F., 1995, Psychiatry without asylums: A look at Italy's mental health system and the implications for Canada, *Annals of The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 28, 1, 16-20.
- LAMB, R. H., 1993, Lessons learned from de institutionalisation in the U.S., *British Journal of Psychiatry*, 162, 587-592.
- LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX ET MODIFIANT DIVERSES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES, 1991, chapitre 42.
- POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.
- PLAN D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN (1990-1995), Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, juin 1990.

**8^e Congrès de l'Association des Psychothérapeutes
Conjugaux et Familiaux du Québec
8-9-10 novembre 1996
Station Touristique Mont Gabriel (Mont Roland)**

Les multiples facettes de la relation thérapeutique
--

Parrainage

- Conseil de la famille du Québec
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

Invités spéciaux

Conférence d'ouverture :

- M. Joseph Duss-Von Werdt
Université de Fribourg, Suisse

Panellistes :

- M. Marc-André Bouchard
Université de Montréal
- M. Aimé Hamann
Psychologue en pratique privée
- Mme Monique Morval
Université de Montréal

Conférence de clôture :

- Mme Louise S. Éthier
Université du Québec
à Trois-Rivières
- M. Jean-Pierre Gagnier
Université du Québec
à Trois-Rivières

Thème

Au cœur de tous les enjeux institutionnels, corporatifs ou scientifiques liés à la pratique de la psychothérapie, il y a cet espace, cette expérience intime et complexe qu'est la relation thérapeutique. Dans cette rencontre de deux univers, celui du thérapeute et celui du ou des clients, chacun y apporte sa propre construction du monde, sa propre subjectivité. Ce sont ces réalités que nous souhaitons aborder dans le cadre de ce 8^e congrès.

Inscription

8^e Congrès de l'APCFQ 1996
Mme Françoise Loisel-Lemieux
11, rue du Maroc
Candiac (Québec)
J5R 5W8
Téléphone: (514) 635-4497
Télécopieur: (514) 635-4677